

REVISTA DE MEDICINA

PUBLICAÇÃO DO DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DO
CENTRO ACADÊMICO "OSWALDO CRUZ" DA
FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO PAULO, BRASIL

Director: ALOYSIO M. PIMENTA

Redatores: LUIZ V. DÉCOURT e JOSÉ RAMOS JOR.

VOL. XVII

OUTUBRO DE 1935

NUM. 60

SERVIÇO DE CLÍNICA CIRÚRGICA DO PROF. ZEPHIRINO DO AMARAL

UM CASO DE EXOFTALMO PULSÁTIL VERDADEIRO (1)

(Sobre as ligaduras carotidianas)

**Ddo. RUY DE AZEVEDO MARQUES
e Ac. EDMUNDO BATALHA.**

O caso que nos ocupará a atenção devemo-lo ao Dr. José Moraes de Camargo e foi por nós observado na 2.^a Cirurgia de Homens, serviço do nosso digno chefe Dr. Zephirino do Amaral.

A razão desta apresentação obedece á raridade desta entidade nosologica, entre nós, principalmente, orçado mais ou menos numa dezena de casos. Além disso, temos certeza, o assunto se presta a considerações interessantes.

Antes, porém, de entrarmos na leitura da observação, acreditamos ser-nos útil fazer uma ligeira recordação da anatomia do seio cavernoso e suas partes circunvizinhas.

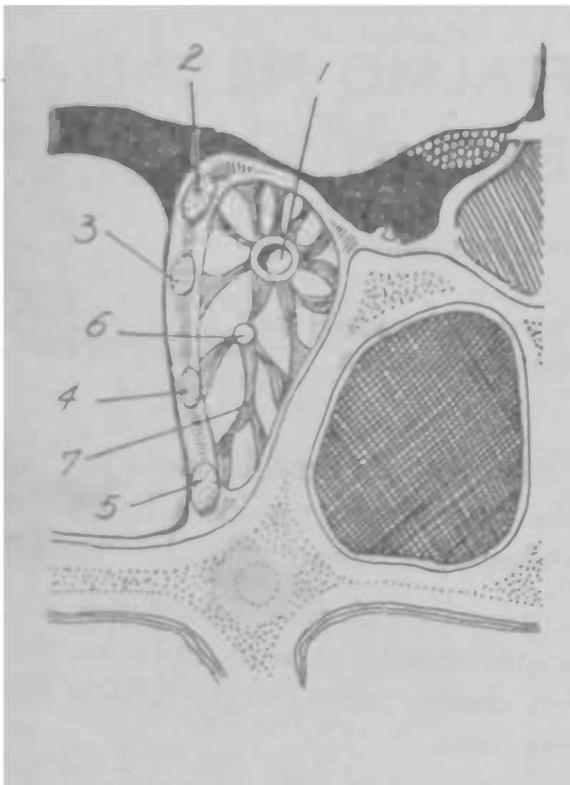
O seio cavernoso está situado a cada lado da sela túrsica, extendendo-se desde a parte mais ampla da fenda esfenoidal ao vértice do rochedo. Seu nome de cavernoso provem de que sua cavidade é sulcada por numerosas e varias alteríolas que circunscvem anfratuosidades irregulares. (fig. 1). Esta forma arquitetônica do seio cavernoso nos servirá, posteriormente, para a explicação do mecanismo de lesão da carótida interna. A cavidade do seio é percorrida pela carótida interna e pelo nervo

(1) Trabalho apresentado no Departamento Científico, em 31 de Maio de 1935.

motor ocular externo, enquanto sua parede externa leva em sua espessura os nervos motor ocular comum, patético e o oftálmico.

Dos afluentes recebidos pelo seio cavernoso só nos interessa o que chega a seu extremo anterior, ou seja a veia oftálmica superior e da qual se pôde dizer que é a continuação. Mais raramente recebe a oftálmica inferior e a veia central da retina, quando estas não desaguam previamente na oftálmica superior.

**CORTE FRONTAL
DO SEIO CAVERNOSO
(TESTUT)**



- 1 Carótida interna
- 2 Nervo motor ocular comum
- 3 " patético
- 4 " oftálmico
- 5 " do maxilar superior
- 6 " motor ocular externo
- 7 Bridas fibrosas

(Fig. 1)

Por trás, o seio cavernoso continúa com o seio petroso inferior e, por seu intermedio, desemboca na veia jugular interna.

A carótida interna desliza pelo conduto cavernoso, descrevendo uma dupla curva em forma de S italico. E' só aparente que se banhe no sangue deste seio porquê está sempre separada dele por uma túnica endotelial.

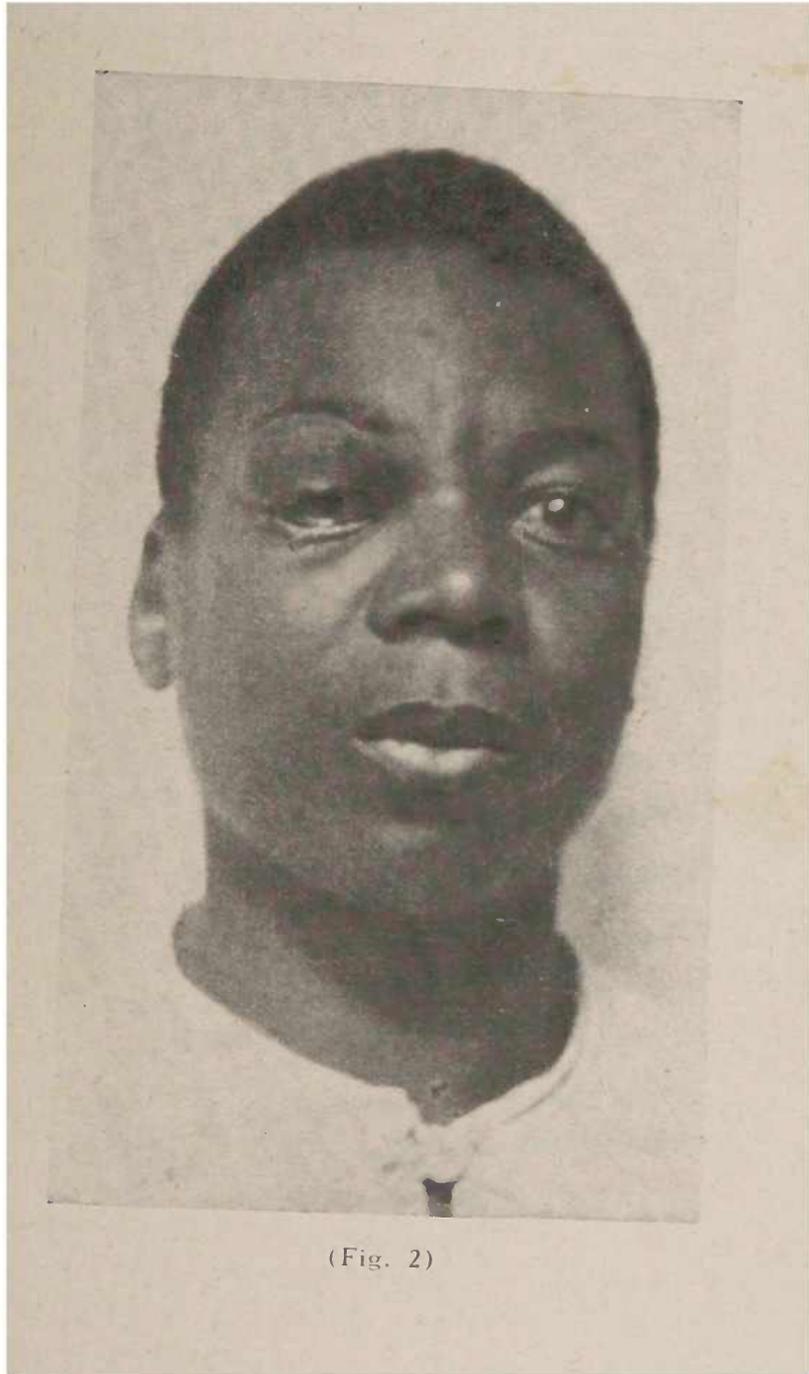
As veias oftálmicas são em número de duas: uma superior e outra inferior. A superior, mais volumosa das duas, ocupa o plano superior da órbita. Nasce no angulo interno e superior da órbita, donde, muitas vezes, resulta um prolongamento diréto da veia angular e daí se dirige para trás e para fóra, desembocando no seio cavernoso, depois de atravessar a parte mais alta da fenda esfenoidal.

Vejamos a observação:

A. N., preto, solteiro, com 23 anos, brasileiro, lavrador, residente em Mirasol. Entrado em 4-3-1935.

Queixa: Ruidos na cabeça. Proeminencia do globo ocular direito. Surdez.

História da molestia atual — Ha 7 mezes atrás, o paciente, por motivos particulares, deu um tiro no ouvido direito, com carga de chumbo tendo imediatamente perdido os sentidos. Desacordado durante 2 dias,



(Fig. 2)

quando voltou a si, notou que seu olho direito estava muito vermelho e a visão deste lado bastante diminuída. Concomitantemente, surgiu-lhe uma surdez no ouvido direito que perdurou 2 mezes. A sua audição, foi voltando com o correr do tempo. Notou, entretanto, que, às vezes, a surdez aumentava, por momentos, voltando ao seu estado anterior. Sentiu, também, que qualquer coisa estava constantemente a arranhar-lhe o olho direito. Consultou um médico, em Mirasol, que o operou na pálpebra superior direita (provavelmente com o intuito de retirar algum corpo estranho), nada encontrando. Nessa época, começou a notar que o seu olho direito estava ficando saliente, bastante vermelho e com abundante secreção.

Atualmente, de quando em vez, ainda sente o arranhão (sic) no olho direito, que se acha bastante proeminente. Não se queixa de dores, nos olhos ou ouvidos. Só quando o ouvido direito se "interrompe" (sic) é que sente uma dor de fraca intensidade na região temporal do mesmo lado. Desde o início de seus males o paciente sente, no olho direito, um ruído que se assemelha ao som de um "corrupio". Tem estados vertiginosos passageiros, às vezes.

Antes, nunca sentiu coisa alguma para o lado da visão e da audição.

Interrogatorio dos diferentes aparelhos — Nada mais revelou de importância, a não ser cefaléias, às vezes, á direita. Purgação do ouvido direito ha 6 meses.

Antecedentes familiares — Nada digno de nota.

Antecedentes pessoais — E' etilista e tabagista moderado. Nega molestias comuns á infancia. Teve blenorragia, ha 4 anos, "curada" com hervas. Nega passado luético e de moléstias infecciosas.

EXAME FÍSICO

Exame geral — Indivíduo de côr preta, estado geral bom. Boa constituição. Panículo adiposo, sistema muscular e ósseo normais. Sistema ganglionar normal. Não ha esternalgia e tibialgia. Mucosas visíveis bem coradas. Marcha normal. Temperatura: 36°,5. Pulso: 88 batimentos, por minuto. Psiquismo normal. O paciente responde bem ás perguntas que lhe são dirigidas. Peso: 59 quilos. Altura: 1,61. Pressão arterial Mx 11,5 e Mn. 8.

Exame especial-Cranio — simétrico e bem conformado. **Ouvidos** — á direita apresentando na concha e no início do conduto auditivo uma cicatriz irregular de uns 2 centímetros, mais ou menos, de extensão, e de aspecto franjado. **Dentes** — mal conservados.

Olhos — o esquerdo é normal.

Direito — Proeminência ínfero-externa do globo ocular. Edema pronunciado da pálpebra superior, onde se nota uma cicatriz irregular, de uns 2 centímetros de comprimento (Fig. 2). Conjuntiva palpebral e

bulbar com pronunciada estase venosa. Quemose da conjuntiva. Pulsações do globo ocular direito visíveis e palpáveis, síncronas com os batimentos da radial.

No ângulo supero-interno da órbita sente-se, pela palpação, um "thrill" também perceptível, no ângulo externo, com menor intensidade. No canto interno ouve-se um sôpro intenso, contínuo, com refôrço sistólico, que também é audível no globo ocular. O sôpro começa na ponta da mastóide e vae aumentado de intensidade á medida que, contornando o pavilhão da orelha, vamo-nos aproximando do canto externo da órbita. É mais audível na raiz do nariz á direita. Com a compressão da artéria carótida primitiva direita ha abolição do "thrill" e do sôpro. Ha uma ligeira anisocoria, com predominancia da pupila direita.

Reflexos á luz, á acomodação e consensual presentes e normais. Convergência imperfeita do globo ocular direito.

Pescoço — nada digno de nota.

Torax — Bem conformado e simétrico. Tipo respiratório abdominal, com 18 incursões por minuto.

Aparelho circulatório — Bulhas normais. Pulso rítmico, isócrono com 88 batimentos por minuto. Artérias palpáveis, moles e depressíveis.

Abdomen — nada digno de nota.

Reflexos — superficiais e profundos normais.

O doente quando nos foi removido da Enfermaria de Olhos da Santa Casa, serviço do Dr. Pereira Gomes, onde esteve aos cuidados do Dr. Benedicto Paula Santos Filho, nos trouxe o seguinte diagnóstico: Aneurisma artério-venoso da carótida interna no seio cavernoso.

Exames complementares: Exame da visão:

O. D.	dedos a 5 metros
O. E.	1

O. D. apresenta se em exoftalmo redutível á pressão, com quemose da conjuntiva, havendo limitação dos movimentos do globo.

Fundo ocular: intensa congestão venosa da retina.

Exame da audição: realizado pelo Dr. Mario Ottoni.

- 1.º) audição diminuida á direita, provavelmente devido á obstrução do conducto auditivo externo, deste lado.
- 2.º) Coclear esquerdo normal.
- 3.º) Vestibular esquerdo reage normalmente.
- 4.º) Vestibular direito, no limite de possibilidade do exame, reage normalmente.

Exame radiográfico — feito em 14|3|1935 pelo Dr. Carmo Mazzilli:

Poeira metálica — projetando-se sobre o rochedo e base do crânio, um pouco para a direita da sela túrsica. Melhor localização dependerá de radios em Stenvers e estereográficas.

Reacção de Wassermann — negativa.

Exame de fezes — negativo para ovos de parasitas.

Exame de urina — traços de albumina.

Exame neurológico — nada de anormal — Dr. Adherbal Tolosa.

Evolução — O doente foi operado a 16 de Maio pelo Dr. Zephirino do Amaral, auxiliado pelo Dr. José Moraes de Camargo. Foi feita a ligadura com fios de seda da carótida primitiva direita, em dois pontos, afastados 1,5 cms um do outro, sem ressecção do vaso.

Examinámos o doente, no dia seguinte, e constatámos a existencia de um "thrill", no canto interno da órbita direita, na região da oftálmica superior, porém de difícil percepção. O sôpro, também, não desapareceu, mas sua intensidade diminuiu consideravelmente, tanto assim que, á ausculta direta, não é audível, o que se consegue sómente com o auxílio do estetoscópio. E' contínuo, com refôrço sitólico e assemelha-se ao som de "corrupio" E' sómente audível no canto interno da órbita. As pulsações não são mais visíveis, mas palpáveis e de intensidade muito diminuida. A turgescencia venosa e o exoftalmo continuam na mesma. A compressão digital da carótida primitiva á esquerda provoca tonturas e sensações vertiginosas.

O doente se encontrava sensivelmente satisfeito e disse-nos que lhe havia desaparecido completamente o ruido na cabeça.

20 de Maio. O doente mostrou-nos um pequeno estilhaço de chumbo que, no dia anterior, saíra de seu ouvido, que havia purgado bastante.

24 de Maio. O paciente se achava sem ruidos cranianos. A visão melhorara, dia a dia. Tivemos a impressão que o exoftalmo diminuia um pouco. A quemose diminuiu, bem como a turgescência venosa. O sôpro continuava com os mesmos caracteres, porém com intensidade um pouco aumentada e já audível no globo ocular. Notámos que a compressão da carótida primitiva direita, acima da ligadura, na altura do ângulo do maxilar, fazia o sôpro diminuir quasi até o desaparecimento. A compressão da carótida primitiva do lado oposto, acarretava ligeira diminuição do sôpro. Notámos também o aparecimento de uma hiperfonese da 2.^a bulha no fóco aórtico.

Exames pedidos após a operação

Exame radiográfico — 21 de Maio. Poeira metálica se projetando no andar médio da base do cranio, á direita da sela túrsica. Canais óticos normais. Cavidades orbitárias nada apresentavam de anormal. Dr. Cabello Campos. (Fig. 3 e 4).

Exame do campo visual — 28 de Maio. Ligeira diminuição infero externa, para o lado do globo ocular direito. Dr. Paula Santos.

Exame da visão — 30 de Maio OD V 1/6
OE V 1

(Fig. 5).

OD. Hipermetropia de duas dioptrias e uma dioptria de astigmatismo com eixo de 90. A correção da hipermetropia não melhorava a acuidade, enquanto a correção do astigmatismo levava a visão a 1/4. Dr. Paula Santos.

Exame de fundo de olho — 31 de Maio. Hemorragias múltiplas e periféricas da retina á direita.

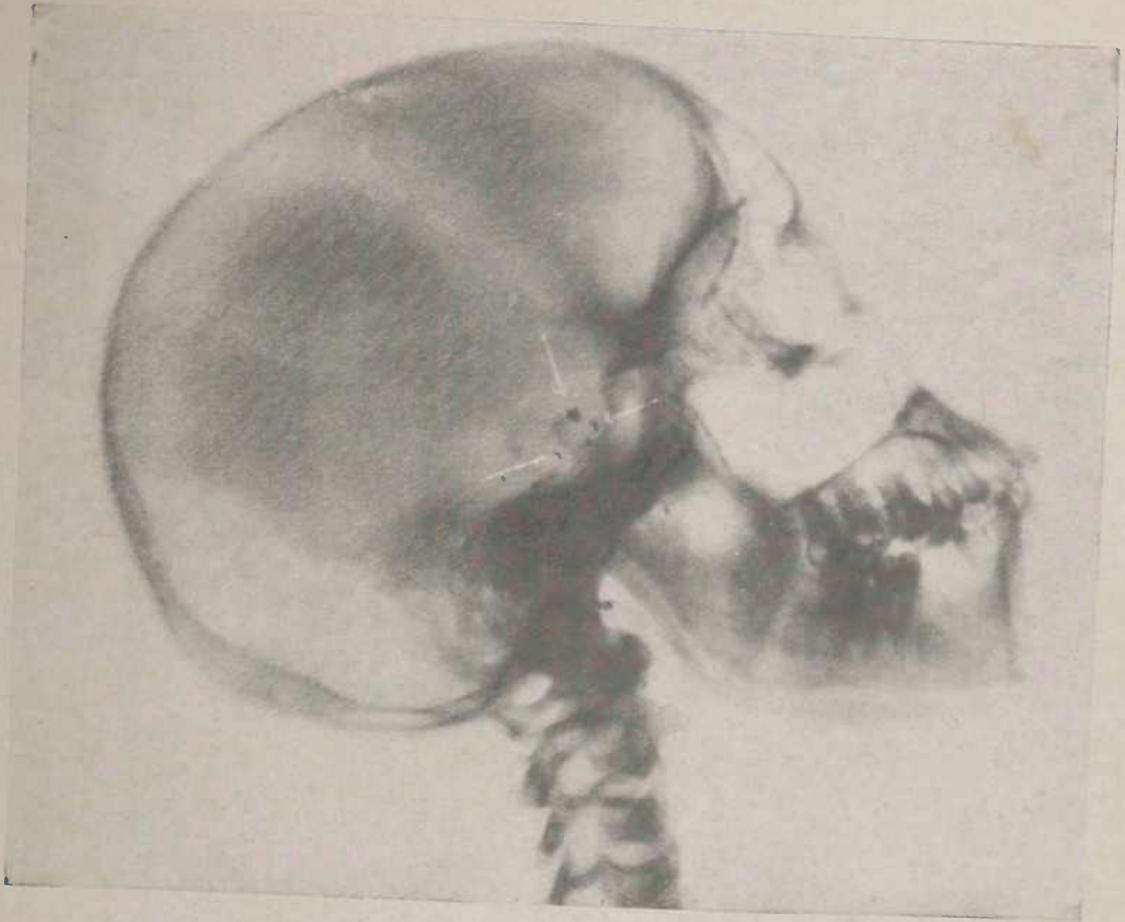
COMENTÁRIOS

O caso por nós descrito, supomos, é merecedor de algumas considerações, que passamos a expôr:

Não entraremos a discutir o diagnóstico, porquê a tríade sintomática essencial (sôpro, exoftalmo, pulsações) e grande cópia de sintomas acessórios não permitem dúvidas quanto á presença de um aneurisma artério-venoso da carótida interna no seio cavernoso, com quadro clínico quasi completo.

Ao mecanismo de produção da lesão — assunto, aliás, bastante discutido nos casos semelhantes, pois nem todos os autores concordam que uma perfuração simultânea, do seio cavernoso e carótida interna, seja compatível com a vida — apresentamos as seguintes hipóteses:

Após o acidente, um estilhaço de chumbo, atravessando a parede externa do seio cavernoso, alojou-se em seu interior, prendendo-se em uma das numerosas bridas fibrosas que aí existem normalmente. Um orifício pequeno e as numerosas trabéculas fibrosas contidas no seio impediram uma hemorragia mortal. Em um segundo tempo, o estilhaço preso lesou a parede da artéria contribuindo para isso as pulsações sistólicas da carótida contida dentro do seio. Podemos supor que, havendo um pequeno intervalo de tempo, maior ou menor, entre a pêne-



(Fig. 3)



(Fig. 4)

tração do estilhaço e a ruptura da carótida interna no seio, houve tempo para que se processasse a obturação do orifício de entrada do corpo estranho, impedindo isso uma hemorragia rápida e mortal.

Podíamos também admitir a penetração do estilhaço no seio e imediato ferimento da artéria, sem a romper, e em um segundo tempo a ruptura da mesma.

Estas nossas hipóteses vêm de fortalecer-se com o exame estereoscópico feito pelo Dr. Carmo Mazzilli, em que podemos verificar entre as poeiras metálicas alijadas na base do crânio estilhaços na região, que ao lado da sela túrsica, ocupa o seio cavernoso direito.

Podíamos também admitir como causa produtora do aneurisma artério-venoso um abalo violento da massa cerebral, em consequência do tiro, mesmo sem haver fratura da base, como admite Sattler, produzindo a ruptura da carótida interna no seio cavernoso.

Ficámos, de preferência, nas primeiras hipóteses, porque na última seríamos obrigados a admitir a existência de uma predisposição a esta lesão, por fragilidade arterial, o que não está de accôrdo com os exames por nós realizados no paciente. Somos de opinião, pois que a ruptura se deu por um traumatismo direto, em condições especiais.

Outra questão interessante, no caso, diz respeito á circulação colateral estabelecida após a ligadura da carótida primitiva, fato comprovado pela existencia do "thrill" e do sôpro, embora de bem menor intensidade, como já foi mencionado na evolução. E' importante notar que a recanalização da carótida, após uma dupla ligadura com seda, realizada com toda a técnica, é, o nosso ver, uma hipótese pueril.

Assim, acreditamos que o sôpro é produzido por duas massas sanguíneas: uma proveniente da artéria tireoidiana superior, principalmente, do lado da ligadura e outra que é a soma da massa sanguínea (tronco basilar + carótida interna do lado oposto).

Recentemente M. Esteban, na Argentina, cita um caso em que foi ligada a carótida primitiva sem resultado, sendo depois ligada a carótida interna do mesmo lado. Diz que a razão do insucesso é a seguinte: ligada a carótida primitiva direita, por exemplo, o sangue que vai pela carótida externa esquerda alcança, através de múltiplas anastomoses o lado direito da cabeça, descendo pela carótida externa direita e chegando á bifurcação, continuando pela interna.

Como vemos, na figura ao lado (fig. 6), quando se liga a carótida primitiva, acima dessa ligadura a pressão se tornaria, em um momento dado, praticamente nula e então a intrincada rede anastomótica das arteríolas tireodianas se dilataria para dar passagem ao sangue arterial tireoidiano que se canalizaria todo para tireoidiana superior do lado da ligadura, desde que a pressão se tornasse aí praticamente nula.

A pressão digital por nós exercida no doente á altura do ângulo direito do maxilar inferior — note-se bem — interrompia a corrente sanguínea na bifurcação da carótida primitiva ligada. Daí a diminuição considerável do sôpro e desaparecimento do "thrill" que então se tornava de difícil ausculta.

Depois desta manobra, fazendo-se a pressão no lado oposto á ligadura, sobre a carótida primitiva, verificámos que o sopro diminuiu muito pouco de intensidade, o que nos levou a supor que a circulação colateral estava se estabelecendo principalmente do lado da ligadura, pela tireoidiana superior.

Embora no nosso paciente o sôpro inda seja audível, o que nos diz que a cura não é completa, temos que reconhecer uma melhoria manifesta: a rápida volta da visão, o que relacionamos com a diminuição da turgescência do sistema venoso orbitário e de todos os distúrbios por ela causados. Não ha paralisias oculares, havendo uma limitação dos movimentos do globo ocular, transtorno esse, acreditamos, puramente mecânico devido ao exoftalmo, tanto assim, que, havendo uma turgescência maior da oftálmica superior, o movimento de convergência é o mais prejudicado. Por essas razões julgamos poder figurar este caso entre aqueles de evolução mais favorável.

A arteriografia que nos seria de grande auxílio, infelizmente, não pode ser feita.

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O EXOFTALMO PULSÁTIL VERDADEIRO.

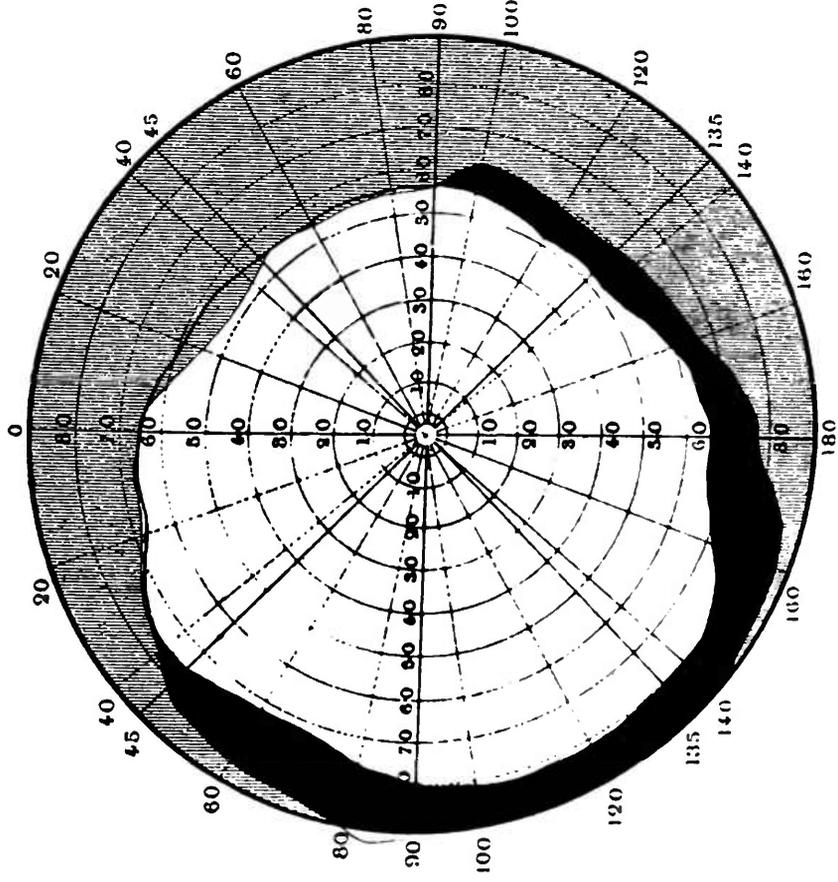
SINTOMATOLOGIA

Estabelecidas as condições necessárias á existência da síndrome do exoftalmo pulsátil verdadeiro, o doente, horas, dias ou meses depois, apresenta o quadro sintomático seguinte, na ordem da sua importância:

1 — **Sintomas essenciais:** a) O **ruido de sôpro**, (subjetivo e objetivo) considerado o sintoma principal da síndrome. Quando êle não existe, o diagnóstico de exoftalmo pulsátil verdadeiro

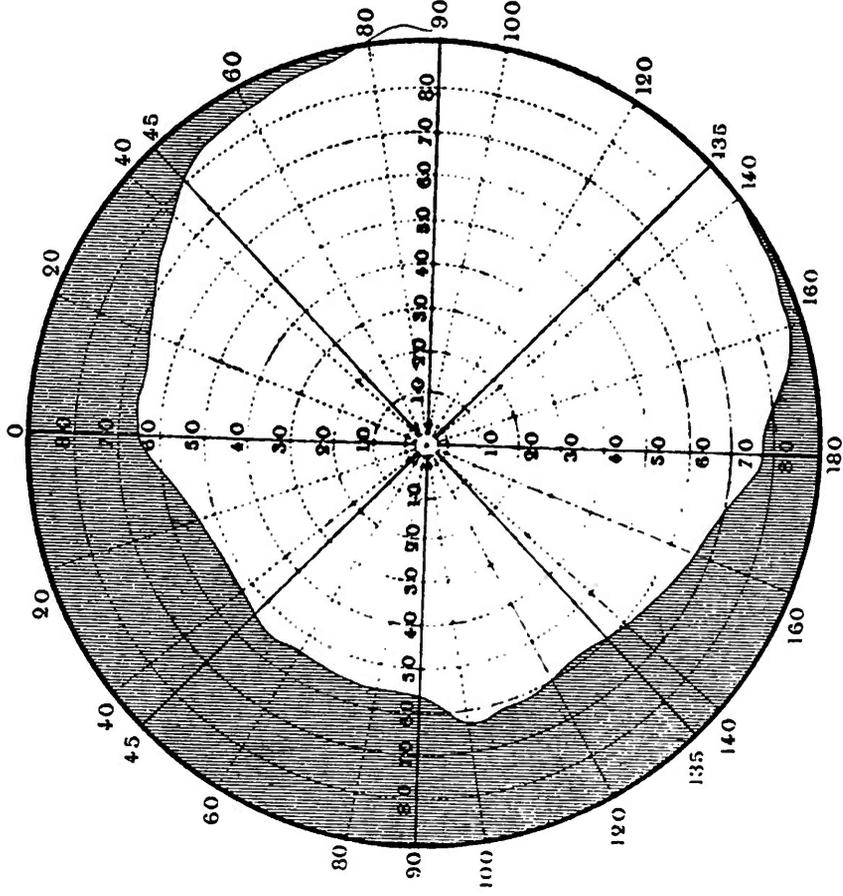
M. A. N.

28-5-935



O.D

$$V = 1/6$$



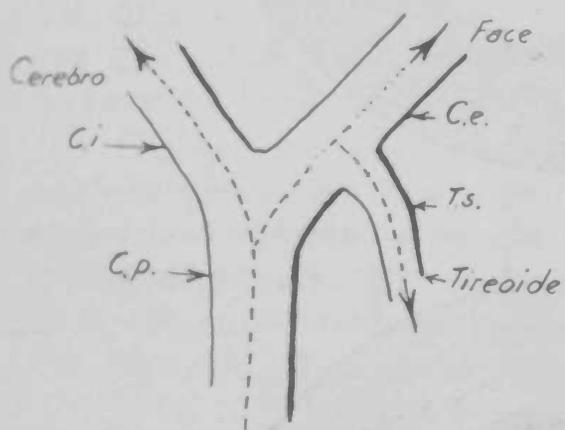
O.G.

$$V = 1$$

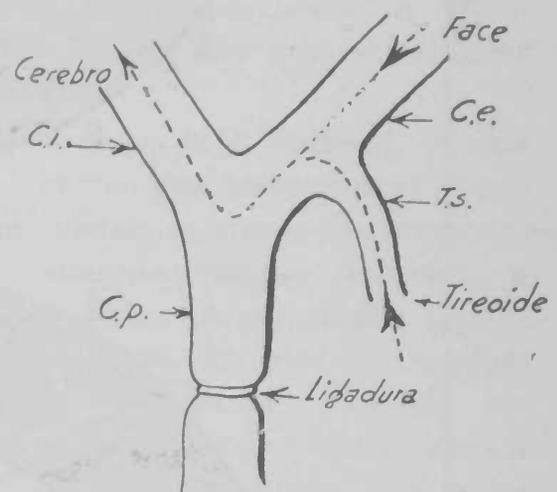
GILTOIX - Optique médicale. 19, Rue de l'Odeon, Paris

(Fig. 5)

CIRCULAÇÃO CAROTIDIANA (ESQUEMA)



NORMAL



APOS LIGADURA

C.p. Carótida primitiva
 C.i. " interna
 C.e. " externa
 T.s. Tireoidiana superior

(Fig. 6)

se torna obscuro. Em geral, porém, os ruídos de sôpro são constantes. Verifica-os o observador e sente-os o doente. A ausculta direta ou indireta, pelo estetoscópio, do globo ocular ou da parede externa da órbita, revela-nos um sôpro. Em um caso do Dr. Pereira Gomes este sôpro de tal forma apresentava seus pontos de audibilidade, que podia ser ouvido do lado oposto, em toda a cabeça e até nas duas carótidas primitivas. No caso por nós observado a audibilidade começava na ponta da mastóide do mesmo lado da lesão. O sôpro pode ser isócrono com o pulso radial ou contínuo como jacto de vapor, com refôrço sistólico e em alguns casos com ruídos musicais: (bruit de pialement), um barulho de "corrupio" como observámos. Além do sôpro, sente o doente ruídos intracranianos o que constitue verdadeiro martírio para esse infelizes. E' notável que a compressão da carótida faz desaparecer o sôpro. Manes, na Argentina, cita um caso em que esta manobra fazia desaparecer o exoftalmo, as pulsações e o sôpro.

b) **o exoftalmo** — avoluma-se aos poucos e atinge em geral 4 a 20 mm., podendo ser reduzido pela pressão, mas logo voltando á posição primitiva. E' originado pelo engorgitamento das veias orbitárias e oftálmica superior, tributárias do seio cavernoso. Esta ultima veia pode atingir, nestas condições, o volume considerável de um dedo mínimo, havendo, porisso, propulsão do globo para baixo e para fóra. O doente sente dores fracas ou fortes nos olhos, as pálpebras se enrubescem, distendem-se e se edemaciam, estabelece-se a quemose. A pupila do olho doente pode ficar dilatada.

c) **as pulsações** do globo ocular e seus anexos pode faltar em 5% dos casos. E' dos sintomas essenciaes o menos constante. Verifica-se principalmente no ponto de emergência da veia oftálmica, no globo ocular, e até na raiz do nariz. Póde ser visível e palpável, ou só palpável.

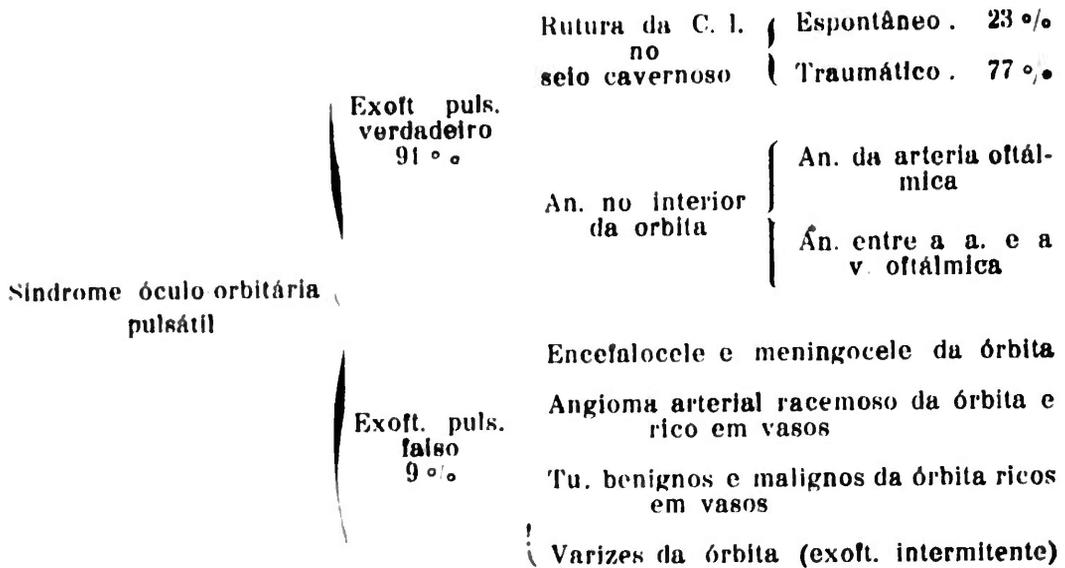
Em certos casos é possível notar-se o "thrill" caraterístico dos aneurismas, o que foi nitidamente observado por nós, no caso presente.

2 — **Sintomas acessórios** obedecem quér á compressão exercida pelo aneurisma sobre os nervos oculomotores, situados no seio cavernoso, ou á congestão venosa ocular e consequente má nutrição do ôlho. Citamos os principais: as paralisias, as dores, a baixa da visão, etc.

PATOGENIA

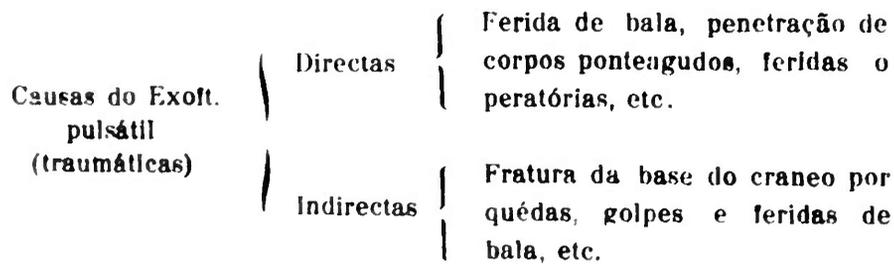
Vejamos, de um modo rápido, quais as desordens anatômicas ou anátomo-patológicas que produzem o exoftalmo pulsátil.

Certos autores, para maior facilidade de estudo, encaixam o exoftalmo pulsátil verdadeiro juntamente com o exoftalmo pulsátil falso na síndrome óculo-orbitária pulsátil, como vemos no quadro abaixo, de Sená:



A obliteração do seio cavernoso por flebite poderia ser acrescentada entre as causas de exoftalmo. (Caiado)

A ruptura da carótida interna no seio cavernoso é a desordem mais comum como produtora do exoftalmo pulsátil e a única espécie que nos interessa no momento. Pode ser: a) **espontânea** (idiopática) unilateral ou bilateral, mais raramente obedecendo a duas causas, uma predisponente-sífilis, arterio-esclerose, principalmente, e outra determinante — o esforço (vômitos, partos, etc.) b) **traumática**.



As formas anátomo-patológicas mais frequentes são também aquelas nas quais a autópsia comprovou a comunicação entre o seio cavernoso e a artéria. Produzida esta fístula passa o sangue da artéria ao seio cavernoso e dêste às veias oftálmicas

superior (ou só á superior, quando desemboca a inferior previamente na superior).

Esta repleção toma também as pálpebras e a fronte. O edema da papila consecutivo a está-se sanguínea é, segundo alguns autores, o provocador dos transtornos da visão. É interessante notar, diz Saralegui, que ha uma verdadeira arterialização das veias tributárias do seio cavernoso com aparecimento de abundante tecido elástico.

Outro fato interessante é que nem sempre é preciso recorrer-se ás fraturas da base, ferimento de bala, para explicar a formação de um aneurisma artério-venoso de causa traumática, porquanto, como diz Brissaud, "é possível que um traumatismo violento determine uma hemorragia subcraniana sem produzir fratura: o fato é assinalado em algumas observações"; assim — dizia o Dr. Guedes de Mello —, "parece-nos, o mesmo póde verificar-se no que concerne aos aneurismas da base do crânio"

Devemos lembrar, ainda, a possibilidade de um aneurisma da carótida interna no seio cavernoso e que, secundariamente, se torne artério-venoso por ruptura.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O diagnóstico diferencial do exoftalmo pulsátil verdadeiro é fácil, se conseguirmos determinar a existência da tríade sintomática essencial. Raramente se torna necessário diferenciá-lo de falsos exoftalmos pulsáteis.

Os sintomas nos fornecem, as mais da vezes, elementos seguros de diagnóstico das principais variedades já mencionadas.

Os aneurismas no interior da órbita se assemelham ao artério-venoso do seio carotidiano, mas seus sintomas clínicos são menos enérgicos e, além disso, o engorgitamento das veias orbitárias é pouco acentuado.

Quanto aos exoftalmos pulsáteis falsos, suas condições diferem muito das dos verdadeiros: ora o exoftalmo é irreduzível, ora o sopro é ausente ou insignificante. Não existem ruídos cranianos e, afinal, outros sintomas evitarão uma possível confusão.

PROGNÓSTICO

É duvidoso. Depende da variedade em questão, do estado do doente e do método operatorio. A cura espontânea é rara.

No Brasil, principalmente em S. Paulo, os resultados obtidos pela ligadura da carótida primitiva — uni ou bilateral — são bastante apreciáveis, com grande percentagem de bom êxito. Já o mesmo não podemos dizer quanto á ligadura da carótida interna.

TRATAMENTO

O tratamento desta síndrome não é uma questão resolvida, já que não existe uniformidade de critério. A terapêutica — que deu resultado feliz, para uns, insuficiente ou nulo para outros — pôde ser dividida em médica e cirúrgica.

Tratamento médico — consta de drogas, como iodetos alcalinos, injeções de soro gelatinado na veia, assim como o percloreto ou lactato de ferro, adrenalina, ergotina, etc. São usadas também injeções orbitárias de substâncias coagulantes. Repouso em decúbito dorsal.

O tratamento mecânico pela compressão digital ou instrumental da carótida pôde ser tentado e dá alguns bons resultados, principalmente quando associado ás injeções de soro gelatinado.

Tratamento cirúrgico — consiste em ligaduras arteriais (em diferentes pontos:

Ligadura da carótida primitiva do lado doente.

Ligadura das duas carótidas primitivas nos aneurismas bilaterais e naqueles em que foi infrutífera a ligadura unilateral. Ha um caso muito feliz, entre nós, do Dr. Pereira Gomes em que foi aplicado êste processo. Tratava-se de um bilateral idiopático. Nestes, casos, acreditamos, a circulação colateral se faz pela carótida externa e vertebrais. Diz Lenormant "a ligadura das duas carótidas primitivas (ou das duas carótidas internas) reduz as vias de condução do sangue ao cerebro só ás artérias vertebrais." Devemos, entretanto, lembrar que essa única via não é compatível com a vida do indivíduo. Isto provam as ligaduras de ambas as carótidas internas com um contingente de 100% de mortes, condição em que esta eventualidade se realiza. Eis porque a ligadura bilateral, ou mesmo unilateral, da carótida primitiva é, incomparavelmente, menos grave do que a da interna ou das internas.

Ha ainda outros processos: ligadura unilateral da carótida interna, ligadura unilateral de ambas as carótidas, etc.

Praticam-se ainda as operações orbitárias (operação de Sattler), que consiste na "ligadura-resseção" da oftálmica supe-

rior e outras acessórias. Este processo é muito empregado na Argentina, onde é previamente acompanhado de uma ligadura da carótida primitiva do lado afetado.

Entre nós é usado o processo da ligadura da carótida primitiva do lado doente ou bilateral — e com bons resultados. É importante frisar que as ligaduras devem ser duplas e com seda, pois o catgut poderá ser reabsorvido. Não ha ressecção de vasos.

Vejamos algumas estatísticas sobre o resultado desses processos:

MÉTODOS	Curas	Melhoria	Recidivas	s/ os
Lig. da carótida unilateral	43%	21%	30%	3%
” ” ” bilateral	21%	30%	7%	21%
” ” oftálmica	86%	9%		1%
		(Sattler)		
Compressão digital	10%	36%	45%	9%
Lig. da primitiva unilateral	46%	34%	10%	10%
” ” ” bilateral	—	—	—	12%
” ” interna unilateral	70%	11%	17%	—
” ” ” bilateral	—	—	—	100%
Lig. venosas	73,6%	21,2%	5,2%	—
		(Baroni)		

Como vemos, as estatísticas são favoráveis ás ligaduras venosas. Holloway, entretanto, desaconselha a ligadura das veias orbitárias, por ser extremamente perigosa, pela facilidade com estas se rompem com consequentes graves hemorragias.

“A ligadura da carótida primitiva dá uma mortalidade de 7% com sómente 67%, de curas ao contrário a ligadura da carótida interna dá 9% de mortalidade, com 87% de curas. Vemos pois, dizem “Lecene e Leriche” com um perigo imediato sensivelmente idêntico, a ligadura da carótida dá uma cifra de cura nitidamente superior”

Certos autores aconselham a ligadura da carótida primitiva previamente e uma ou duas semanas depois ligaduras de todos os ramos da temporal superficial.

Esteban diz que a ligadura da carótida cumpre uma indicação mais completa, porquê não se limita a atuar sobre o olho

mas modifica todos os transtornos inerentes aos aneurismas. É fato verificado já, é que se segue, na grande maioria dos casos, a perda da visão do olho afetado, quando feitas as ligaduras-ressecções, conseqüente á piora da já deficiente nutrição do globo ocular atingido.

BIBLIOGRAFIA

- | | |
|-----------------------------|---|
| Baroni | Cit. Manes |
| Brissaud E. Pinard, Reclús. | Pratique Medico - Chirurgicale IV. Volume, 1907. |
| Caiado. Brasil Ramos | Contribuição ao estudo do exoftalmo pulsatil e seu tratamento cirurgico no Brasil. Tése, 1924 — S. Paulo. |
| Chiarugi. G | Anatomia dell'Uomo. Tomos III e IV. |
| Gomes. Dr. Pereira | Cit. Caiado. |
| Lecene & Leriche. | Terapeutique Chirurgicale, 2 Vol. 1926. |
| Lenormant. Ch | Présse Medicale. 18 — Jun. 1921. |
| Manes. Dr. Antonio T. | Exoftalmo pulsatil. La Semana Medica. B. A. 1934 — Set. 13. |
| May, Charles H. | Enfermedades de los ojos. 1933. |
| Mello. Dr. Guedes de | Brasil Medico. 1922, n.º 3. |
| Ottolenghi | Tecnica Quirurgica. I Vol. 1930. |
| Quervain. Prof. F de | Tratado de Diagnostico Quirurgico. 1934. |
| Saralegui, Alb. Fern. | Sociedade de Cirurgia de B. A. Session. 12 Set. 1934. Tomo XVIII. |
| Sattler | Cit. Saralegui e Manes. |
| Sená. Dr. José A. | Exoftalmia pulsatil. La Semana Medica B. A. Março, 29. 1934. |
| Testut et. Jacob | Anatomie Topographique. Tomo I. |